

# CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE

**Madrid Gómez de Mercado, MD; Gazabat Barbado, E; Hernández Hernández, L; Cánovas López, L; Marín Sánchez, P; Sánchez Ferrer, ML; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.**

## CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años remitida a UGA para valoración por sospecha de quiste de ovario gigante visualizado en ecografía abdominal. Asintomática. Se le realizó ecocardiografía por HTA en la que se visualizó VI hipertrófico hiperdinámico con IM e IAo ligeras. Nunca ha tenido clínica a nivel cardiológico. No presenta antecedentes de interés. Nuligesta.

Menarquia: 13 años. FM:4/30.

En ecografía transvaginal se visualiza tumoración ovárica gigante en OI de más de 30 cm que ocupa todo el abdomen, bien delimitada y de contenido líquido. No se visualiza líquido libre.

Diagnostico de sospecha: Cistoadenoma seroso gigante.

Se remite a HUVA para estudio:

•**Exploración abdominal:** masa quística, elástica, que llega a ombligo, no dolorosa a la palpación.

•**Marcadores tumorales:** resultaron normales. Ca 19.9: 24, Ca 125: 23. CEA 2.7.

•**Ecografía TV:** útero en anteversión de ecoestructura normal, endometrio de 7 mm. OD: normal. OI: se visualiza formación quística gigante de 250x170x300mm, sonoluscente, paredes lisas y no vascularizado. Superficie interna regular, sin visualizarse septos. No sombra acústica. No se visualiza parénquima ovárico.

Impresión diagnóstica benigna. GIRADS 3.

Diagnostico de sospecha: Cistoadenoma seroso gigante OI.

•**Cirugía:** Anexectomía izquierda laparoscópica.

Se visualiza quiste gigante de más de 30 cm dependiente de OI que imposibilita la visualización de cavidad abdominal, ocupando toda la pelvis hasta diafragma.

Se visualiza dilatación diafragmática a nivel pericárdico que se valorara mediante interconsulta a cardiología, por sospecha de dilatación/hipertrofia ventricular en paciente cardiaca (insuficiencia mitro-aortica leve) y ECG con BRI.

Se punciona el quiste y se aspira contenido liquido seroso (7 litros aprox) mandando muestra para análisis citológico.

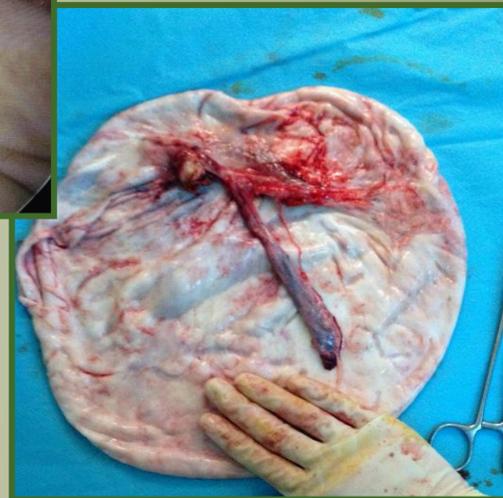
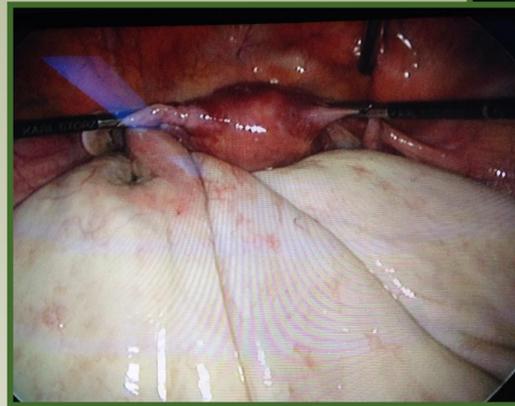
Se realiza anexectomía reglada con bipolar y tijera y se extrae a través de puerto umbilical.

•**AP:** Cistoadenoma seromucinoso simple de ovario.

Tras su estancia hospitalaria postoperatoria, ante los hallazgos cardiológicos y la HTA de la paciente, pese a encontrarse asintomática, es valorada por cardiología. Se encuentra hemodinámicamente estable, con TA normal en dicho momento, y presentando exploración cardíaca rítmica son soplo sistólico en ápex II/IV con leve 4R.

**Eco transtorácica:** FEV1 54%. Insuficiencia mitral ligera.

Insuficiencia aortica trivial. PSAP: 25-30 mmHg. La paciente se remite a su cardiólogo habitual de manera preferente.



## DISCUSIÓN

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien alrededor del 75-85% son evidentemente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse.

El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con la edad, pues el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores.

Dentro de la clasificación de los tumores de ovario, el cistadenoma seroso es el más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Representan los tumores ováricos más frecuentes, constituyendo del 20 a 50% de todos los tumores ováricos. Tiene potencial de malignizarse en un 30% de los casos.

La mejor forma de confirmar el diagnóstico es por ultrasonidos. Se puede corroborar por TAC. El Ca 125 rara vez se eleva en tumores benignos como en este caso.

En relación al tratamiento quirúrgico, no es confiable la inspección macroscópica simple para determinar si un quiste ovárico es benigno o maligno. Es necesario realizar la escisión completa del ovario, aun cuando no haya evidencia definitiva de malignidad.

El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica.